

Arese. _____

Spettabile
AZIENDA SPECIALE
CASA DI RIPOSO
"GALLAZZI-VISMARA"
Via Matteotti, 30
20020 ARESE (MI)

OGGETTO: Richiesta ammissione al Centro Diurno Integrato

SI CHIEDE, con la presente, di accettare l'ammissione presso il Centro Diurno Integrato (CDI) inserito nella Casa di Riposo di Arese del/della Sig./Sig.ra:

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTEA _____ PROV _____ CAP _____

IN VIA _____ N. CIV. _____ TEL. _____

CODICE FISCALE _____ DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

COD. ASSISTITO ASL _____

LA PERSONA DI RIFERIMENTO AL QUALE FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA E' IL SEGUENTE:

COGNOME _____

NOME _____

GRADO DI PARENTELA _____

VIA _____

CITTA' _____ PROV. _____ CAP. _____

TELEFONO _____ / _____ CELL. _____ / _____

Il ricovero è sempre subordinato all'assenso espresso dal soggetto, informato sugli obiettivi del trattamento e sulle regole di cui si richiede il rispetto.

Firma di consenso al proprio ricovero da parte dell'anziano:

Ovvero motivi della mancanza dello stesso (in questo ultimo caso allegare documentazione comprovante l'impossibilità all'assenso): _____

TIPOLOGIA DI SERVIZIO RICHIESTO

PERIODO RICHIESTO:

ORARIO RICHIESTO:

- Tempo pieno (dalle ore 8,00 alle ore 19,15)
- Tempo parziale mattutino (dalle ore 9,00 alle ore 14,00)
- Tempo parziale pomeridiano (dalle ore 14,00 alle ore 19,00)

SERVIZIO DI TRASPORTO (vedi regolamento per gli aventi diritto)

- SI
- NO

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

- Viene richiesto il servizio, allegando prescrizione del medico di base, in quanto iscritto a tempo pieno al CDI.
- Non viene richiesto il servizio

Verrà data conferma dell'attivazione delle prestazioni di fisioterapia, ove richieste, dopo la conferma del Responsabile Medico.

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 433 C.C. (OBBLIGATI PER LEGGE)

Il sottoscritto _____

si impegna a sostenere in nome e per conto del proprio parente il pagamento parziale/totale della retta per il servizio del CDI del Sig./Sig.ra _____ secondo le modalità e le tariffe previste nel regolamento.

Firma del parente di riferimento di cui si allega copia di documento valido:

Documenti da allegare alla domanda:

(RISERVATO ALL'UFFICIO CASA DI RIPOSO)

|__| 1) Breve storia clinica redatta dal medico di base e compilazione, da parte dello stesso, dell'allegato riassuntivo relativo alle informazioni di carattere sanitario;

|__| 2) Certificato di residenza dell'anziano o autocertificazione, allegando fotocopia della carta d'identità;

|__| 3) Eventuale documentazione comprovante l'impossibilità di apporre firma di assenso al ricovero;

LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 10 della legge n. 675/31.12.1996 e s.m., la informiamo che:

- il trattamento ha esclusive finalità organizzative legate alla gestione procedure d'ufficio
- il trattamento sarà effettuato sia su supporto cartaceo che informatico
- il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario ed il rifiuto di rispondere comporterà la mancata iscrizione nelle liste d'attesa
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti interni senza il suo consenso.

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

ACCETTAZIONE DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO IL CDI

IN DATA |__|_|__| |__|_|__| |__|_|__|_|__| ORE: _____

CODICE: |A| |B| |C|

NOTE _____

Firma di chi riceve la domanda:
